

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 1^{er} mai 1894, à 1 heure

Par JULES-ÉTIENNE-JOSEPH PAGÈS

Né à Paris, le 22 mai 1852

COÏNCIDENCE DES KYSTES
DE L'ÉPIDIDYME ET DE L'HYDROCÈLE
Considérations cliniques et thérapeutiques

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
SCHWARTZ, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 1^{er} mai 1894, à 1 heure

Par JULES-ÉTIENNE-JOSEPH PAGÈS

Né à Paris, le 22 mai 1852

COÏNCIDENCE DES KYSTES DE L'ÉPIDIDYME ET DE L'HYDROCÈLE Considérations cliniques et thérapeutiques

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur,
 { SCHWARTZ, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
Clinique médicale	{	G. SÉE.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale	{	TILLAUX.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉ	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAITRE
LE PROFESSEUR DOLBEAU

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES DANS LES HOPI-
TAUX, M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN, M. LE
PROFESSEUR LÉON LE FORT.

A LA MEMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAITRE
ET EXCELLENT AMI, M. LE PROFESSEUR PETER

Témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR S. DUPLAY

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu m'inspirer ce travail.

COÏNCIDENCE DES KYSTES

De l'épididyme et de l'hydrocèle

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

INTRODUCTION

Quand on lit tout ce qui a été écrit sur les kystes de l'épididyme (séreux ou spermatique), on est frappé de ce fait que quelques rares auteurs indiquent comme en passant la coïncidence d'une hydrocèle. Aucun ne s'arrête pour expliquer cette coïncidence, la considérant peut-être comme facile à comprendre. Et cependant nous verrons que ce fait banal peut prêter à des considérations intéressantes au point de vue de la symptomatologie, de la pathogénie, du diagnostic, ainsi que pour le traitement.

C'est ce que nous allons essayer de montrer dans ce modeste travail, et si celui-ci a quelque mérite il le doit à notre excellent maître, le professeur Duplay, qui a bien voulu nous donner pour sujet de thèse ce point intéressant dans la pathologie des annexes du testicule.

Nous ne saurions donc trop le remercier de la bienveillance qu'il nous a montrée dans le cours de nos études et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Nous devons aussi remercier M. le Dr Louis Beurnier, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu, pour les bons conseils qu'il nous a donnés et l'obligeance qu'il a mise à nous aider.

M. le Dr Pl. Mauclaire, prosecteur à la Faculté, a bien voulu nous aider de ses conseils ; il l'a fait avec une telle bienveillance que nous ne saurions trop le remercier.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il nous faut ici rappeler les différentes théories admises actuellement pour expliquer la cause des kystes de l'épididyme, puis nous envisagerons la pathogénie possible de l'hydrocèle concomitante.

Les kystes spermatiques se développent d'ordinaire au voisinage de la tête de l'épididyme, parfois sur le corps et la queue de cet organe, affectant des rapports étroits avec la glande testiculaire. Ils sont recouverts par la vaginale qu'ils distendent plus ou moins en même temps qu'ils refoulent en haut vers le conduit épидидymaire. D'autres fois ils laissent intacts les rapports de ce dernier organe et du testicule et se développent en soulevant la séreuse seule. Hochenegg (1) est le seul auteur qui ait remarqué et décrit une autre variété de kystes spermatiques, dont le siège est en dehors de la vaginale. Ces tumeurs, qu'il nomme extra-vaginales avec raison, naissent sur la portion postéro-supérieure de l'épididyme et sur la première partie du canal déférent. Mais le chirurgien allemand ne parle point de kystes développés plus haut autour du cordon et jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Tout récemment M. Vau-

1. Hochenegg, *Wiener med. Jahrbücher*, 1885.

trin (1) a décrit un cas analogue où le kyste spermatique n'affectait aucun rapport de contiguité avec l'organe épидидymo-testiculaire. Laugier d'après Marcé (2), Uhe d'après Deladrière, aurait rapporté également un cas semblable. M. Vautrin pense avec raison que certaines tumeurs dénommées jusqu'ici « hydrocèle enkystée au-dessus de la vaginale », « kystes du cordon », sont de véritables kystes spermatiques plus ou moins transformés dans leur paroi et dans leur contenu. Aussi cet auteur propose de diviser les kystes spermatiques en deux variétés bien distinctes au point de vue anatomique : 1° les kystes intravaginaux recouverts par la vaginale ; 2° les kystes extravaginaux dont on pourrait encore faire deux catégories ; a) Ceux qui siègent au voisinage de l'épididyme ; b) ceux qui se développent autour du cordon jusqu'à l'orifice inguinal.

En ce qui concerne la pathogénie des kystes épидидymaires, il faut distinguer les théories suivantes, sans parler des théories de Velpeau qui croyait à une hydrocèle simple avec spermatozoïdes, à la suite d'un violent traumatisme, ni de celle de James Paget, qui pensait que le voisinage de l'épididyme donnait au kyste la propriété de sécréter les spermatozoïdes.

1° *Théorie.* — *Rupture d'un tube séminifère déterminant un épanchement spermatique* (Gosselin-Sédillot). — Cette théorie est basée sur ce fait qu'il doit exister un

1. Vautrin, *Kystes spermatiques du scrotum*. *Rev. de chirurgie*, 1889, page 1.

2. Marcé, Thèse, Paris, 1856.

traumatisme dans les antécédents du malade. On sait, en effet, que dans les observations des kystes épидидymaires, le traumatisme est souvent signalé dans les antécédents (cas de Gosselin, Sédillot, Princeteau-Hochenegg).

2° *Dilatation des voies spermatiques, kystes par rétention* (Liston, Dolbeau, Curling, Kocher). — Pendant longtemps, on n'a invoqué cette théorie que pour les kystes contenant des spermatozoïdes ; mais en 1885, MM. Monod et Arthaud ont montré qu'elle permettait d'expliquer aussi la formation des petits kystes siégeant au niveau de la tête épидидymaire et ne contenant que du liquide et des débris épithéliaux, au moins chez le vieillard.

Il s'agissait donc ici de kystes par rétention, et leur pathogénie se résumerait dans cette phrase : altération en général sénile des conduits excréteurs ; dilatation latérale ou fusiforme des tubes droits ou des cônes avec communication passagère ou permanente entre la cavité nouvelle et les voies spermatiques. La sclérose, par exception, pourrait apparaître avant l'âge mûr et par exception aussi les kystes se rencontrent chez les jeunes gens, puisque M. Jalaguier, cité par M. Reclus (1), en a ponctionné un chez un garçon de 16 ans.

3° *Origine Wolfbienne*. — Follin dans sa thèse inaugurale, attribuait aux kystes de l'épididyme une double origine : les uns, naissant dans le début du corps de Wolff, qui restent isolés, seraient purement séreux ; les autres se développant au contraire dans un tube encore en rapport avec les voies séminales comme le Vas aberrans de

1. Reclus. *Gazette hebdomadaire*, 17 décembre 1888.

Haller, les canalicules de Föllin, l'hydatide sessile de Morgagni, le corps de Giraldès, etc., contiendraient des spermatozoïdes.

Cette théorie Wolffienne doit être vraie dans quelques cas.

4° *Théorie séreuse.* — Emise par Gosselin, cette théorie a été modifiée en partie par M. Poirier, qui admet une variété de kystes séreux résultant des conditions anatomiques de soudure et d'enclavement des deux feuillets séreux au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme, qui venant à entrer en communication avec les voies spermatiques prennent alors un accroissement rapide et deviennent de véritables kystes spermatiques. En somme pour M. Poirier ces kystes prendraient le plus souvent naissance dans une petite cavité séreuse préformée. Chez le fœtus l'épididyme est indépendant du testicule, et lorsque l'épididyme vient se souder au testicule, une portion de la vaginale peut être emprisonnée et constituer une sorte de cavité où se ferait consécutivement l'épanchement spermatique.

5° *Théorie lymphatique et sanguine.* — C'est surtout les observations de Nepveu et Dupuy et d'Hochenegg qui ont fait admettre l'exactitude possible de cette théorie dans certains cas.

Telle est la pathogénie des kystes épididymaires spermatiques et on peut le dire aussi des kystes épididymaires séreux.

Quelle est celle de l'hydrocèle vaginale?

Les hydrocèles enkystées du cordon sont dûes à des hydropisies se produisant dans des restes du canal séreux vagino-péritonéal. Ce fait n'est plus à démontrer.

Dans l'hydrocèle vagino-péritonéale il s'agit d'un épanchement dans tout le conduit vagino-péritonéal non obli-téré.

Dans certains cas il faut admettre une hydropisie pas-sive de la vaginale dans le cours d'une affection locale ou générale. *Cette hydrocèle par stase* et compression veineuse soit intra-abdominale, soit par compression des veines du cordon, ne peut donner lieu qu'à un épanchement faible, il est vrai, mais possible. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

L'hydrocèle est le plus souvent encore provoquée par une vaginite plastique.

Enfin l'hydrocèle est dite symptomatique et déterminée par la présence d'une tumeur solide disent les auteurs, ajoutons aussi symptomatique d'une tumeur liquide.

Pour le professeur Panas (1) l'hydrocèle essentielle n'existe pas toujours, elle est symptomatique d'une lésion de l'épididyme. Il en donne pour preuve que toujours après la ponction de l'hydrocèle on constaterait dans la région de l'épididyme une induration manifeste pouvant être rattachée à des altérations du col vésical et de la prostatite si fréquentes après 40 à 50 ans.

Les recherches du professeur Lannelongue (2) ont mon-tré que les lésions de l'épididyme sont purement méca-niques et que ces lésions de la séreuse vaginale sont importantes à rappeler. Ce sont les suivantes :

Dans l'hydrocèle simple de la cavité vaginale, les rap-

1. Panas, *Archives générales de médecine*, 1872, p. 85.

2. Lannelongue, *Société de chirurgie*, 16 juillet 1873.

ports de l'épididyme avec le testicule sont modifiés : l'épididyme s'éloigne de la glande, se place au-dessus d'elle, s'allonge et s'étale à la surface de la tumeur. Quand un épanchement se fait dans la tunique vaginale, les deux feuillets de la séreuse ne sont plus adossés : la cavité ne peut s'accroître qu'aux dépens du feuillet pariétal ; ce feuillet se tend dans toute son étendue : le testicule s'immobilise dans un point déterminé, tandis que l'épididyme devient plus mobile et flotte dans la cavité vaginale. Si l'épanchement augmente, l'épididyme se sépare encore plus de la glande testiculaire, ses faces changent de rapports ; puis le bord antérieur devient une face et les faces deviennent des bords. La partie moyenne de l'épididyme s'applique de plus en plus sur la paroi pariétale de la séreuse, mais la tête et la queue sont plus rapprochées du testicule. Au niveau de la tête, le feuillet séreux s'étale en avant, et il ne reste que le conduit vecteur du testicule pour unir ces deux organes. Plus tard les cornes se déroulent : la queue reste à sa place, la tête s'isolant de plus en plus.

M. Lannelongue a fait ces observations sur cinq hydrocèles du volume du poing environ, les sujets ayant quarante-cinq, cinquante, soixante, soixante-dix, soixante-quatorze ans.

Quel est l'état de la fonction spermatique chez les individus atteints d'hydrocèle ? Sur les cinq sujets examinés par M. Lannelongue, on ne trouvait pas de spermatozoïdes dans la vésicule séminale ni dans l'épididyme, et cependant le testicule lui-même paraissait sain.

En 1856, M. Duplay père a démontré que cinq fois sur

cinq cas d'hydrocèle il n'y avait pas de spermatozoïdes ; mais il ne nota pas le volume de l'hydrocèle.

En 1867, M. Dieu, dans cinq cas d'hydrocèles volumineuses et anciennes, ne trouva pas de spermatozoïdes dans la vésicule séminale correspondante. M. Liégeois a publié quatre observations prises sur le vivant sur des individus de cinquante-et-un à soixante ans : l'un avait deux hydrocèles du volume d'un œuf d'oie ; l'autre deux hydrocèles du volume d'un œuf de poule : chez ceux-là pas de spermatozoïdes dans le sperme. Un autre avait une épididymite d'un côté et une hydrocèle de l'autre côté : on constatait de 5 à 20 spermatozoïdes au lieu de 150 à 200. M. Roubaud rapporte l'histoire d'un individu qui avait deux hydrocèles, pas de spermatozoïdes ; on fit la ponction, les spermatozoïdes revinrent ; quand le liquide reparut, les spermatozoïdes disparurent du liquide séminal.

Les hydrocèles peu volumineuses n'amènent pas la suppression complète des spermatozoïdes ; mais ces corpuscules se modifient et s'altèrent dans les voies séminales elles-mêmes.

M. Duplay père a signalé ce fait il y a quarante ans : il disait que sur 27 fois où il avait trouvé des spermatozoïdes dans les vésicules séminales chez des individus atteints d'hydrocèle, il avait trouvé les uns sans tête, les autres sans queue ; il pensait que c'étaient des spermatozoïdes incomplètement développés.

D'après M. Lannelongue, c'est une erreur d'interprétation qui vient de ce que M. Duplay père n'a étudié le sperme que dans les vésicules séminales ; mais on peut

en trouver dans l'épididyme, et quand ils s'altèrent c'est à partir de la tête de l'épididyme. C'est une altération régressive.

Fréquemment des granulations protéïques se forment à l'union de la tête et de la queue ; il en résulte la séparation de ces deux parties, qui s'altèrent à leur tour.

Comme conclusion pratique, dit M. Lannelongue, la thérapeutique dans le cas d'hydrocèle doit intervenir promptement, si l'on ne veut pas que les fonctions spermatiques soient altérées. Nous tiendrons compte de cette notion plus loin.

Nous venons d'étudier la pathogénie des kystes spermatiques et celle de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Comment allons-nous pouvoir expliquer la présence de l'hydrocèle coïncidant avec un kyste épидидymaire ?

Les théories que l'on peut émettre sont nombreuses. Ce sont les suivantes :

1° *Théorie irritative.* a) *Irritation indirecte ou de voisinage.* — Duplay père et Gosselin avaient pensé que le kyste est cause de l'hydrocèle vaginale, agissant comme un corps étranger et par sa seule présence.

Or, cette théorie est évidente et nous ne voyons pas quelles objections sérieuses on pourrait lui faire.

b) *Irritation directe.* — On suppose ici que le kyste se rompant dans la cavité vaginale irrite les parois de celle-ci, d'où la production d'un épanchement.

2° *Théorie des malformations.* — On peut admettre ici un kyste épидидymaire d'origine Wolffienne ou d'origine séreuse, comme la comprend M. Poirier, et en même temps, soit une hydrocèle congénitale communicante

encore ou non plus communicante avec le péritoine, que cette hydrocèle soit vaginale ou simplement au niveau du kyste de la terminaison du cordon, c'est-à-dire formant ce que l'on appelle un kyste du cordon.

Nous n'avons pas même d'observations rendant cette théorie possible, mais ce qui nous la suggère ce sont les cas rapportés où l'on voit un kyste épидидymaire d'un côté et un kyste du cordon du côté opposé. Ces exemples abondent dans les observations rapportées dans la thèse de Deladrière.

3° *Théorie. — Hydrocèle cause du kyste épидидymaire.*

— On peut supposer que c'est l'hydrocèle à marche rapide qui détermine du côté de la séreuse épидидymaire des lésions telles que des fragments de séreuse s'isolent et donnent lieu à un kyste épидидymaire non spermatique, celui-ci d'ailleurs plus tard pourrait comme tous les kystes épидидymaires devenir spermatique.

4° *Théorie. — Théorie de l'hydrocèle rapide passive par compression des veines du cordon par le kyste épидидymaire.*

— Cette théorie s'explique d'elle-même, mais dans ces cas évidemment l'épanchement vaginal est peu abondant.

Enfin il peut y avoir coïncidence pure et simple des deux lésions sans que l'une ait influé sur l'apparition de l'autre.

Telles sont les théories qui peuvent être invoquées. Il est évident qu'il serait déplacé de vouloir par une seule expliquer tous les cas. Mais à notre avis toutes sont probables.

Nous terminerons ce chapitre d'étiologie et de pathogénie en disant que le traumatisme a ici probablement

un rôle important. De même les lésions testiculaires antérieures. Le professeur Duplay (1) en effet a rapporté un cas d'orchite suivie ultérieurement d'un kyste spermatique.

Or, si on adopte la théorie d'après laquelle le kyste spermatique se développerait par ectasie des vasa-aberrantia, on peut penser que l'orchi-épididymite a déterminé une oblitération de ces canaux avec dilatation en arrière du point rétréci. Notons encore que dans un autre cas du professeur Duplay un malade qui présentait un kyste de l'épididyme vit celui-ci augmenter énormément de volume à la suite d'une orchite.

Nous aurions voulu comparer l'âge des malades, le côté le plus souvent atteint, mais dans les observations que nous avons pu trouver, ces détails, qui ont peut-être leur importance ne sont pas signalés.

La fréquence réelle du kyste de l'épididyme avec hydrocèle concomitante est d'ailleurs peut-être beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire. On sait, en effet, que pour Hochenegg en moyenne un homme sur cinq serait atteint de kyste épididymaire. Ch. Monod a noté également cette fréquence dans les autopsies des vieillards faites à l'hospice d'Ivry. Au point de vue clinique il se pourrait très bien que beaucoup d'hydrocèles qualifiées d'hydrocèles simples soient accompagnées de kystes si l'examen de l'épididyme était fait ou pouvait être fait avec soin.

Nous allons passer maintenant de suite à l'étude clinique, car l'anatomie pathologique ne nous présente rien de particulier à signaler.

1. S. Duplay, *in clinique, Bulletin Méd.*, 17 mai 1891.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous ne pouvons ici faire en détail l'étude clinique des kystes spermatiques et celle de l'hydrocèle, nous ne ferons que signaler les particularités cliniques de notre sujet.

Symptomatologie. — Quand une hydrocèle accompagne un kyste de l'épididyme il faut bien reconnaître que l'aspect, la forme, la transparence de la tumeur est celle d'une simple hydrocèle. Il y a là une période obscure dans le début de l'affection, sans quoi on pourrait voir dans certains cas un kyste épидидymaire des plus nets donner lieu peu à peu à un épanchement dans la tunique vaginale, épanchement qui progressivement pourrait progresser et finir par envelopper le kyste.

Dans d'autres cas, au contraire, cas bien conformes à la théorie que nous avons admise comme possible, c'est-à-dire la théorie de l'hydrocèle cause des kystes épидидymaires, on pourrait voir l'hydrocèle présenter à sa partie supérieure une bosselure assez en contact et sous la dépendance évidente de l'épididyme.

Dans ces cas d'aspect bilobé de la tumeur, le siège du testicule en bas et en arrière, l'épanchement vaginal peu abondant surmonté d'une poche indépendante de la première seraient faciles à constater.

Quoi qu'il en soit par la palpation et la recherche de la fluctuation si la tumeur n'est pas très tendue, on reconnaîtra la place du testicule et l'existence de deux poches qui ne communiquent pas ensemble. Cette recherche de la fluctuation est donc très importante.

Mais ce ne sont pas là des symptômes théoriques car ils sont signalés dans les observations que le professeur Duplay nous a confiées et qui sont à la fin de notre travail.

Souvent la collection liquide du scrotum aura les caractères d'une hydrocèle ordinaire, peut-être même ces caractères sont si évidents à la simple inspection que les particularités que nous avons signalées par la fluctuation ne sont peut-être pas recherchées par une palpation attentive et on croit à une simple hydrocèle.

Au point de vue de la transparence, le kyste épидидymaire séreux est le plus souvent transparent, mais le kyste spermatique peut être laiteux et dès lors nullement transparent. Donc dans ces cas, on pourrait peut-être constater par l'examen de la transparence de la tumeur une zone testiculaire obscure en bas, une zone transparente pour l'hydrocèle vaginale, et en haut une zone obscure pour le kyste spermatique laiteux.

Quoi qu'il en soit, c'est le plus souvent après avoir ponctionné, soit le kyste, soit l'hydrocèle, qu'on voit avec étonnement persister une deuxième collection liquide qui ne s'est pas évacuée, collection qui alors présentera les caractères, soit du kyste épидидymaire, soit de l'hydrocèle vaginale.

D'une manière générale cependant nous pouvons dire que malgré l'hydrocèle concomitante, le liquide du kyste

épididymaire est transparent. Rarement il est laiteux, quelquefois il est très clair à la ponction, puis en peu de temps, par le repos il devient laiteux (Thinus).

L'hydrocèle concomitante du kyste peut, jointe à celui-ci, donner lieu à des tiraillements du cordon à la compression du testicule qui pressé ainsi en haut et de toute part doit évidemment présenter une certaine atrophie et parfois même de la sclérose.

Evidemment, dans le cas d'hydrocèle testiculaire le testicule et son kyste se trouveraient reportés en avant.

Dans quelques cas, la tumeur peut être très volumineuse et donner lieu aux mêmes sensations de pesanteur et de gêne que les hydrocèles volumineuses.

L'état du cordon n'est pas signalé dans les observations rapportées, mais nous ne serions pas étonnés de voir signalé dans des observations ultérieures un certain degré de varicocèle.

Si au lieu d'un kyste spermatique de l'épididyme, il s'agissait d'un kyste spermatique du cordon ou hydrocèle concomitante, il est évident que les signes seraient ceux d'une hydrocèle ordinaire ou hydrocèle enkystée du cordon.

Marche, durée, terminaison. — La marche des deux épanchements est essentiellement progressive, mais la progression de l'épanchement vaginal doit prendre le pas sur celle du kyste épидидymaire, aussi celui-ci doit-il finir par être envahi par le premier.

La durée est donc assurément variable et dépend de la précocité de l'intervention.

Les complications sont celles et du kyste épидидymaire

et celles de l'hydrocèle vaginale. Sous l'influence du traumatisme, le kyste peut se rompre et irriter la tunique vaginale et augmenter d'autant l'épanchement de celle-ci.

Le kyste épидидymaire, s'il n'était pas spermatique et par conséquent s'il était simplement séreux, pourrait sous l'influence du traumatisme ou encore spontanément, communiquer avec les voies spermatiques.

De même encore, soit après un traumatisme, soit spontanément, le kyste épидидymaire peut se transformer en hématoçèle. En 1876, en effet, eut lieu à la Société de Chirurgie une discussion à propos d'une présentation de pièces par le professeur Ollier. Le professeur Guyon déclare à ce propos avoir vu trois fois des kystes de l'épididyme se transformer en hématoçèle. Dans le premier cas cette transformation eut lieu après deux ponctions.

Cette hématoçèle du kyste épидидymaire peut être ou traumatique, c'est-à-dire la suite d'une chute par exemple, ou d'un froissement des bourses; ou spontanée et se faire dans un cas lentement et par le mécanisme des hématoçèles spontanées.

Dans la variété traumatique, citons le cas suivant de Curling, un malade avait reçu un coup de pied dans les bourses. La tumeur qui fut alors constatée était placée au-dessus du testicule; elle était un peu douloureuse. La castration fut faite, le testicule était au-dessous du sac rempli de caillots. Curling pensa qu'il y avait un kyste de l'épididyme antérieurement. Voilà un cas où, à notre avis, après le traumatisme une hydrocèle vaginale se

serait développée autour de l'hématocèle du kyste si la castration n'avait pas été pratiquée.

Nous sommes étonné qu'elle ne soit pas signalée dans le deuxième cas suivant de Curling. Tumeur qui datait de 13 ans; accroissement de volume subit. Castration. Curling trouve qu'il s'agissait d'un kyste de l'épididyme dans lequel un épanchement sanguin s'était fait. Pendant 13 ans, en effet, ce kyste épидидymaire avait bien des chances d'irriter la vaginale et de déterminer une hydrocèle concomitante.

Le cas suivant, publié par Bauchet dans le service de Velpeau et publié en 1855 dans le *Moniteur des hôpitaux*, montre encore des complications possibles de la lésion que nous étudions. Le malade avait dans le scrotum, à droite, une hématocèle et une hydrocèle placées dans des loges parfaitement distinctes; à gauche une hydrocèle de la tunique vaginale et un kyste spermatique contenant deux cuillerées à peu près d'un liquide lactescent.

Nous signalerons encore comme complication possible l'atrophie du testicule, le varicocèle et des troubles du côté de la spermatogénèse, troubles qui seraient intéressants à rechercher et enfin la suppuration toujours possible du kyste ou de l'hématocèle.

Le diagnostic de l'hydrocèle concomitante est un point intéressant de notre sujet.

Dans le *kyste épидидymaire type*, le testicule est en bas et le kyste étalé en haut, si bien que la tumeur, suivant la comparaison classique, a la forme d'une brioche renversée. Cela est vrai pour les grands kystes épидидymaires. Pour les petits kystes, au contraire on se contente

de bien constater l'indépendance très nette qu'il y a entre le kyste et le testicule. Dans ce cas il sera facile de constater l'absence d'hydrocèle vaginale.

Le diagnostic avec l'*hydrocèle vaginale simple* paraît facile, mais nous avons vu qu'à l'époque à laquelle le chirurgien observe son malade, il ne pourra pas toujours constater un épanchement dans la vaginale si la tumeur est très développée, et il ne pourra pas alors voir s'il est formé de deux poches l'une vaginale, l'autre épидидymaire. Mais si la tumeur scrotale est peu volumineuse et peu tendue le diagnostic est possible par la recherche de la fluctuation qui montrera l'existence de deux poches distinctes, une épидидymaire, l'autre vaginale, et la faible tension des deux épanchements permettra de constater le siège exact du testicule en bas et en arrière.

Au début si on peut constater tout d'abord le kyste de l'épididyme, puis voir évoluer progressivement l'hydrocèle vaginale, le diagnostic sera facile.

Si soupçonnant un kyste de l'épididyme avec hydrocèle concomitante, le chirurgien veut faire le diagnostic avec l'*hydrocèle bilobée ou multiloculaire*, ce diagnostic deviendra d'une difficulté telle que la ponction exploratrice, sauf des renseignements exacts dans l'évolution de la tumeur, sera absolument nécessaire et pour le diagnostic et aussi pour le traitement.

Si le kyste épидидymaire gagne et envahit le canal inguinal, le diagnostic est facile avec une *hernie compliquée d'hydrocèle*, la sonorité de la tumeur, l'impulsion à la toux éclaireront le chirurgien. Mais ce diagnostic est difficile avec l'*hydrocèle enkystée du cordon compliquée d'hydrocèle*

vaginale dans le cas de kyste spermatique du cordon compliqué d'hydrocèle vaginale. Cependant disons que le malade dans ces cas en affirmant que la tumeur a commencé le long du trajet du cordon, facilitera le diagnostic du kyste dans un reste du canal péritonéo-vaginal.

Rappelons que Laugier a cité un cas de kyste spermatique le long du cordon. Hochenegg également en a rapporté plusieurs observations.

Comme nous l'avons dit plus haut, dans ces cas la ponction seule au moment du traitement fera le diagnostic de la nature de la collection qui accompagne l'hydrocèle vaginale.

Un *kyste dans un sac herniaire* peut coïncider avec un kyste épididymaire, mais la tumeur formée par ce kyste simulera un kyste du cordon et non une hydrocèle proprement dite de la tunique vaginale.

L'*hydrocèle vaginale et l'hydrocèle du cordon compliquant la hernie inguinale acquise ou congénitale* sont trop faciles à diagnostiquer pour que nous insistions.

Le *varicocèle compliqué d'hydrocèle* se reconnaîtra également aisément, et les paquets des veines testiculaires ne donneront pas, après un examen attentif, la sensation d'une tumeur kystique surajoutée à l'hydrocèle vaginale.

Dans les cas d'*inversion du testicule*, le kyste compliqué d'hydrocèle deviendra bien difficile à diagnostiquer ; la tumeur se présentera en effet absolument comme une hydrocèle.

Dans la *maladie kystique compliquée d'hydrocèle* la marche de l'affection est rapide, les poches kystiques sont multiples, de plus elles ne sont pas transparentes.

Dans les *kystes hydatiques de l'épididyme*, affection rare, puisque Marcé dans sa thèse met en doute les deux observations de Larrey et de Dupuytren, le diagnostic ne se fera que par la ponction.

Le diagnostic me paraît encore bien difficile avec un *kyste dermoïde du scrotum*. Dans un cas de cette dernière affection, M. Reclus, sentant des parties molles dans les bosselures que présentait la tumeur, élimina le diagnostic de kyste spermatique, posé cependant par plusieurs autres chirurgiens.

Dans l'*hématocèle* pure et simple, la tumeur ne sera jamais transparente.

On le voit, nous venons de passer en revue toutes les tumeurs liquides qui peuvent exister dans le scrotum, et nous voyons que à part les cas où on assistera au début de la tumeur et à son évolution, le diagnostic sera presque toujours impossible et ne se fera que par la ponction exploratrice.

Nous ne parlerons pas du *diagnostic des kystes monoloculaires ou multiloculaires*, ces derniers sont très rares. Nous ne parlerons pas non plus du *diagnostic du kyste épидидymaire séreux avec les kystes épидидymaires spermatiques*. Ce diagnostic étant le plus souvent impossible et les deux variétés pouvant d'ailleurs passer de l'une à l'autre.

C'est encore l'évolution de ces lésions qui permettra de faire le *diagnostic des complications*, c'est-à-dire de la rupture, de la transformation du kyste ou de l'hydrocèle en hématocèles.

Le *pronostic* de la lésion que nous venons de décrire

est à notre avis assez grave. Par le fait même que le kyste a déterminé une hydrocèle, cela prouve qu'il a irrité la tunique vaginale, d'où l'aggravation de l'affection.

Le pronostic est donc grave parce que des complications sont imminentes, ce sont l'hématocèle et du kyste et de l'hydrocèle. Dans ces cas la tumeur devient diffuse et sera très souvent prise pour une hématocèle multiloculaire qui nécessitera la castration.

L'évolution, si le traitement n'intervient pas, peut aboutir à l'atrophie du testicule par hématocèle ou par simple compression. Au point de vue du bon fonctionnement de la spermatogénèse, il y a une aggravation que le traitement doit prévenir.

TRAITEMENT

Les complications que nous venons d'énumérer nous montrent que ce traitement doit être aussi précoce que possible.

Pour les kystes spermatiques comme pour l'hydrocèle de la tunique vaginale, on a proposé une série de moyens de traitement qu'il serait oiseux de reproduire dans ce travail succinct, trois seulement doivent attirer notre attention. Ce sont : 1° la ponction simple; 2° la ponction suivie d'injections modificatrices; 3° l'incision antiseptique :

1° La ponction simple du kyste spermatique est utilisée par quelques chirurgiens comme moyen de diagnostic, par d'autres comme moyen curatif.

Les inconvénients de la ponction simple sont minimes. Parfois cependant on a signalé la production d'un phlegmon du scrotum (cas de Gross cité par Vautrin).

Mais ce traitement est absolument insuffisant car la récurrence est la règle, aussi nous croyons devoir rejeter cette méthode comme insuffisante.

2° *La ponction suivie d'injection modificatrice* est le procédé préconisé par notre maître le professeur Duplay; c'est un procédé inoffensif, c'est-à-dire ne produisant jamais d'accidents de suppuration ni de récurrence. Disons

tout d'abord que la pénétration de la teinture d'iode dans les voies spermatiques par l'orifice de communication, quand il existe, ne cause pas d'accidents.

Voici une description rapide du manuel opératoire de la ponction du kyste et de l'hydrocèle, suivie d'injection modificatrice.

Les instruments nécessaires sont un trocart muni d'une canule à robinet à l'extrémité supérieure de laquelle on peut adapter, à frottement serré, un petit entonnoir en métal. On doit actuellement laisser absolument de côté les seringues dont on se servait jadis et qu'il est impossible de tenir absolument propres. Ces trois pièces sont rendues aseptiques par l'ébullition prolongée pendant vingt minutes dans une solution de carbonate de soude à 1 pour 100, puis placées au moment de l'opération, soit dans de l'eau phéniquée au 1/20, soit simplement dans de l'eau récemment bouillie (1).

Le malade aura pris un bain ; le scrotum sera nettoyé d'abord au savon puis au sublimé.

La situation du testicule sera bien déterminée, par transparence, ce qui est parfois trompeur ou mieux par la recherche de la sensation spéciale que produit la pression sur la glande séminale.

Ne pas oublier à ce moment que cette situation peut être variable par inversion de la glande. Cette précaution prise, l'opérateur saisira la tumeur formée par l'hydrocèle et le kyste avec sa main gauche de façon à ce que l'extrémité supérieure de la tumeur réponde au premier

1. Oreillard, *Gazette médicale*, 1894, p. 26.

espace interosseux et il resserre les doigts comme s'il voulait énucléer la tumeur. La peau sera ainsi bien étalée sur la tumeur. Saisissant alors de la main droite le trocart qui aura été coiffé de la canule il le plongera d'un seul coup jusqu'au niveau du robinet, au niveau du point qu'il aura choisi et en évitant les vaisseaux sous-cutanés parfaitement visibles.

Le trocart sera retiré et le liquide vaginal s'écoulera. Pendant ce temps, il faut avoir soin de ne pas toucher à la canule, ou bien alors de la maintenir à travers un pli formé aux dépens des enveloppes testiculaires au niveau du point d'implantation.

La plus grande partie du liquide écoulé, on doit remettre dans la gaine la pointe du trocart et pousser une deuxième fois dans la tumeur liquide qui ne s'est pas vidée et qui est, soit l'hydrocèle, soit le kyste épididymaire.

Quand cette deuxième tumeur est évacuée on doit procurer au malade les avantages de l'anesthésie cocaïnique, ce que font plusieurs chirurgiens ; cependant note maître le professeur Duplay ne l'emploie pas, pour les raisons que nous exposerons plus loin.

Quoi qu'il en soit, pour la faire, on place l'entonnoir dans l'extrémité supérieure de la canule et on y verse cinq grammes d'une solution récente de cocaïne au 1/50, ce qui fait 0 gr. 10 de principe actif. Il faut avoir soin, dans cette manœuvre, de soulever un peu la canule et en même temps qu'elle les bourses de façon à ce que son extrémité interne ne butte pas contre le feuillet postérieur de la vaginale. La solution cocaïnique introduite,

on ferme le robinet et on enlève l'entonnoir qui est replongé dans la solution phéniquée. On attend quelques minutes (3 minutes), on rouvre le robinet et l'on fait écouler le reste du liquide.

On replace l'entonnoir et on verse 100 grammes environ de solution modificatrice en prenant la précaution indiquée plus haut. Le liquide modificateur est très variable : on se sert surtout et *de préférence à tout autre* ainsi que le disait le professeur Duplay dans une clinique; sur l'hydrocèle et son traitement, faite en février 1894 et encore inédite, de teinture d'iode *fraîchement préparée*. Quelques uns emploient la solution iodo-iodurée dont voici la formule :

Teinture d'iode du codex.	20 grammes
Eau bouillie	60 —
Iodure de potassium.	q. s pour dissoudre

D'autres se contentent d'employer la liqueur de Van Swieten pure. Quel que soit le liquide employé, une fois qu'il est introduit, on ferme le robinet et on attend cinq minutes.

Ce temps écoulé, on rouvre le robinet et l'on fait ressortir le liquide. Il n'y a pas grand inconvénient à en laisser une petite partie. La canule est retirée et maintenue dans la première poche ponctionnée dans laquelle on fait une nouvelle injection iodée. On retirera enfin totalement la canule et l'orifice sera obturé avec un peu de collodion et d'ouate.

Beaucoup d'auteurs ne mettent comme pansement

qu'un simple suspensoir, d'autres, au contraire, conseillent d'exercer une compression sur les bourses au moyen du bandage suivant : un suspensoir est rempli d'ouate et appliqué sur les bourses. Par dessus lui on applique un double spica inguinal au moyen d'une forte bande d'ouate et de deux bandes de tarlatane humide. Horteloup fixait ces bandes au moyen de silicate de potasse. Des chirurgiens trouvent plus simple d'employer simplement le vulgaire caleçon de bain dans lequel on fait deux trous, l'un pour la verge, l'autre pour l'anus.

L'application de ce bandage semble amener une guérison plus rapide.

Quel que soit le mode de pansement, voici ce qui se produit. Le malade a quelques douleurs dans les reins, la cuisse du même côté; ces douleurs sont très variables comme intensité et nécessitent parfois une piqûre de morphine.

La vaginale gonfle, se remplit de liquide; son volume dépasse celui qu'avait l'hydrocèle. L'augmentation dure trois jours, parfois plus. Puis la tumeur diminue peu à peu et arrive à disparaître complètement au bout d'un mois, quelquefois de quarante ou cinquante jours. Il est inutile de condamner le malade au lit pendant tout ce temps. Au bout de dix à douze jours, avec un bon suspensoir, le malade peut reprendre ses occupations. Tel est le manuel opératoire et les suites de l'injection modificatrice précédée de la ponction de la tumeur.

Un certain nombre d'accidents peuvent survenir. C'est d'abord la piqûre du testicule; on s'en aperçoit d'abord à

la douleur vive manifestée par le malade et aussi à la fixité de l'extrémité interne du trocart.

Du reste, elle peut être évitée dans tous les cas par une recherche soignée de la glande et en ayant soin de faire la ponction dans la moitié supérieure de la tumeur. Puis on peut observer l'issue du liquide modificateur dans le tissu cellulaire du scrotum, amenant un sphacèle des bourses qui a plusieurs fois causé la mort. Cet accident se produit lorsque la canule est retirée accidentellement de la cavité séreuse; il était plus fréquent lorsqu'on employait les seringues pour pousser l'injection. Il est facile à éviter, en ayant soin de tenir la canule profondément enfoncée et en se servant d'un entonnoir.

M. le professeur Duplay a sur le traitement de l'hydrocèle vulgaire une opinion tout à fait arrêtée. Il a expérimenté tous les procédés; tous lui ont donné, soit des accidents, soit des récidives, sauf la ponction et l'injection iodée.

Deux conditions sont indispensables pour assurer le succès : l'emploi de teinture d'iode pure fraîchement préparée et le contact de cette dernière avec la vaginale pendant au moins cinq minutes. Le repos au lit est en outre absolument nécessaire et doit être prolongé dix à douze jours. M. Duplay bannit complètement les injections de cocaïne pour anesthésier la séreuse : d'une part en raison des dangers de cette substance, d'autre part à cause des différences excessives relativement à la douleur de l'injection iodée suivant les sujets, certains individus accusant à peine une sensation désagréable.

Pour faire l'injection iodée pure dans les deux cavités

réunies on pourra se servir de deux trocars, c'est à dire ponctionner séparément les deux tumeurs, laisser les deux canules en place et par leur cavité injecter la teinture d'iode. Ce procédé des deux trocars employé par notre excellent maître le professeur Duplay nous paraît excellent.

Nous avons décrit le manuel opératoire de la ponction du kyste et de l'hydrocèle faite dans une seule séance. On pourrait à la rigueur faire deux ponctions à une certaine distance l'une de l'autre, nous n'y voyons pas grand inconvénient.

Disons enfin que le procédé de traitement du kyste et de l'hydrocèle par le nitrate d'argent nous paraît insuffisant, il n'irriterait pas assez la surface du kyste épидидymaire.

D'après l'observation de Labat de Lambert reproduite plus loin. L'injection d'acide phénique pur aurait donné un succès.

En ce qui concerne l'injection dans le kyste spermatique Vautrin pense que les parois du kyste sont si peu épaisses qu'une violente inflammation serait possible. Le fait pourrait il est vrai se produire et cependant il n'a pas eu lieu dans les observations que nous rapportons, et on pourra voir plus loin que la ponction, et du kyste et de l'hydrocèle, ponction suivie d'injection iodée dans les deux cavités, n'a déterminé aucun accident. De plus si ce procédé est bien appliqué, c'est-à-dire si on laisse la teinture d'iode agir pendant cinq bonnes minutes la récurrence est rare, quoique d'après Liston et Sédillot, la ponction suivie de l'injection d'une substance irritante

serait dans les kystes de l'épididyme plus souvent suivie de récédive que dans l'hydrocèle, mais ils parlent de l'injection au nitrate d'argent.

L'incision antiseptique de l'hydrocèle vaginale et du kyste spermatique serait indiquée quand les parois des deux tumeurs seraient dures, résistantes et ne s'accolleraient pas après l'injection iodée ou quand cette dernière méthode aura été suivie d'insuccès.

Ici comme pour les vieilles hydrocèles l'intervention avec le bistouri est nécessaire. Les résultats de cette méthode seraient excellents. Hochenegg, en effet, en 1885 a rapporté plusieurs observations d'incision antiseptique et d'ablation des kystes spermatiques simples sans hydrocèle concomitante.

Mais à part ces cas où la paroi est trop épaisse c'est toujours par l'injection iodée suivant le procédé employé par le professeur Duplay, qu'il faudra commencer. Dans l'application de la méthode sanglante on pourrait détruire une partie des vasa aberrantia. Il faut en outre savoir que chez certains diathésiques une simple injection iodée dans une hydrocèle peut donner lieu à des manifestations de leur diathèse; il en est de même à plus forte raison pour une opération plus importante que la simple ponction suivie d'injection iodée: les rhumatisants peuvent éprouver une attaque de rhumatisme, les goutteux un accès de goutte, et il est bon de prévenir les malades de cette éventualité possible (1).

Mais si on juge l'extirpation du kyste nécessaire il faut faire une incision au devant de la tumeur et parallèle à

1. S. Duplay, *clinique citée*.

la direction du cordon. Il est rare qu'on puisse énucléer le kyste sans l'ouvrir dans le cas de kyste simple. Dans le cas de kyste compliqué d'hydrocèle on ouvrirait en même temps la tunique vaginale. Des débris de la poche seront laissés s'ils sont trop adhérents. L'opération se terminera par la réunion totale avec ou sans drainage. Le pansement sera légèrement compressif pour éviter un hématome consécutif.

Enfin la *castration*, dans ces cas où l'hématocèle compliquera le kyste et l'hydrocèle, sera faite mais sans que l'on croit opérer simplement une tumeur qui primitivement était un simple kyste de l'épididyme compliqué d'hydrocèle vaginale. Nous n'avons pas à insister sur ce point parce qu'ici le diagnostic étant impossible le chirurgien aura cru opérer une hématocèle et sera intervenu à juste titre par la décortication ou la castration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation inédite communiquée par M. le professeur Duplay.

Noi... Louis, âgé de 65 ans, mécanicien, entré le 2 juin 1879, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 34.

Hydrocèle de la tunique vaginale avec kyste spermatique du même côté.

Antécédents. — Deux blennorrhagies, une à 23 ans, une autre quelque temps après : pas d'orchite.

Pas de syphilis.

Il y a cinq ans, le malade s'est aperçu, au-dessus de son testicule, d'une tumeur grosse comme son testicule ; de sorte qu'il se demandait s'il lui était poussé un troisième testicule.

Un médecin le détrompa et lui dit que c'était une hydrocèle, il lui conseilla de porter un suspensoir.

Il y a six à sept mois, la tumeur grossit beaucoup, ce qui le décida à se rendre à l'hôpital ; la bourse gauche était alors de la grosseur d'une petite tête d'enfant.

Jamais il n'avait eu de douleurs.

Etat à l'entrée. — Tumeur pyriforme à gauche, fluctuante, transparente depuis le haut jusqu'en bas. Pas de hernie. Testicule à gauche est normal. Diagnostic porté d'*hydrocèle simple*. Rien à la poitrine.

Le 8 juin. — Ponction à la partie inférieure de la tumeur, il s'écoule 45 grammes environ d'un liquide citrin d'hydrocèle ordinaire : mais l'écoulement s'arrête, et il reste une tumeur volumineuse encore. On a pressé, il ne s'écoule plus rien. On retire le trocart sans faire d'injection.

Nous avons là deux poches, une supérieure et une inférieure, celle-ci, que nous avons ponctionnée, contient le testicule qu'après la sortie du liquide on sent libre. L'épididyme est gros.

Le diagnostic porté est alors modifié par M. Duplay en celui d'hydrocèle simple compliquant une hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Les commémoratifs, qu'on avait négligé de prendre auparavant, viennent confirmer ce diagnostic.

Deuxième ponction le 20 juin 1879.

Le liquide s'est reproduit depuis la première ponction, la tumeur a repris les dimensions qu'elle avait le jour de l'entrée. Elle est toujours aussi complètement transparente dans toute son étendue. Aucune ombre ne pouvant faire soupçonner la cloison qui existe.

Ponction à la partie inférieure. Il s'écoule comme la première fois un liquide citrin : 50 grammes environ. Au-dessus du testicule reste une seconde poche de la grosseur du poing.

Ponction avec un autre trocart dans cette seconde poche. Issue d'un liquide blanc, louche ; 250 grammes de liquide s'écoulent.

Les deux trocarts restant en place, on fait une injection de teinture d'iode pure dans les deux poches.

Analyse du liquide de la poche supérieure.

Au microscope on voit dans le liquide de nombreux spermatozoïdes. Quelques cellules épithéliales. Examen chimique (n'a pas été communiqué).

Le 20 juillet 1879. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION II

D'un malade de M. le professeur Duplay, communiquée par le
D^r Louis Beurnier chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu.

M. X..., âgé de 52 ans, consulte vers le milieu de l'année 1892 M. le professeur Duplay pour une tumeur siégeant au niveau de la partie droite du scrotum. M. Duplay diagnostiqua un kyste classique de l'épididyme, du volume à peu près de la moitié du poing. La ponction suivie d'injection iodée pure fut conseillée et pratiquée quelques semaines plus tard.

Au moment de l'opération, en renouvelant l'examen M. Duplay constata dans la vaginale du même côté un léger épanchement de deux cuillerées à soupe environ.

Il le signala au malade ; lui dit qu'il avait déjà observé plusieurs cas semblables et le prévint que ce second épanchement augmenterait ; mais en même temps il lui dit que la prudence demandait à ce que le traitement ne fût pas simultané pour les deux tumeurs.

Le liquide qui sortit par la ponction de la tumeur épидидymaire était du liquide spermatique, louche, caractéristique.

Le liquide injecté fut de la teinture d'iode pure.

Le testicule ne présentait aucune lésion.

La réaction fut modérée sans fièvre et sans état gastrique ; on n'observe que les signes locaux qui suivent d'ordinaire ce traitement, c'est-à-dire du gonflement et de la rougeur avec une sensation un peu douloureuse de tension.

Au bout d'une dizaine de jours, les phénomènes inflammatoires ayant cessé, on permit au malade de se lever progressivement. Tout gonflement avait disparu au bout d'un mois et tout était rentré dans l'ordre.

Quelques semaines plus tard, M. X... qui, d'après l'avis de M. Duplay surveillait attentivement son épanchement vaginal, s'aperçut qu'il augmentait, d'abord très lentement, puis plus rapidement, si bien qu'en quelques mois il acquit le volume du poing.

Aucune douleur : simplement sensation de gêne et de pesanteur, et quelques tiraillements pendant et surtout après la marche et la fatigue.

Vers le mois de novembre 1893, le malade revint trouver le professeur Duplay. A ce moment la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme. M. Duplay conseille la ponction suivie d'injection iodée le plus rapidement possible à cause de la tension énorme de la poche ; mais, par suite de circonstances indépendantes de la volonté du malade, cette intervention ne put avoir lieu qu'à la fin de décembre. Le liquide, en quantité énorme, était du liquide ordinaire d'hydrocèle. La teinture d'iode pure fut laissée cinq minutes dans la vaginale.

Les choses se passèrent absolument comme la première fois et M. X... qui s'était levé au bout de dix jours, put reprendre ses occupations trois semaines après l'opération. Quinze jours plus tard, tout gonflement avait disparu.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M^r le professeur Duplay à l'hôpital Lariboisière.

Hydrocèle enkystée du cordon avec légère hydrocèle de la tunique vaginale (1).

Babl. Henri, 15 ans, entré le 16 janvier 1880, salle Saint-Ferdinand n. 4.

1. Nous ne donnons cette observation que comme type de ce que serait un spermatocèle du cordon avec hydrocèle concomitante.

Il y a trois ans ce jeune homme s'est aperçu de la présence d'une grosseur vers l'ouverture externe du canal inguinal droit. Elle avait le volume d'une noisette. Cette tumeur douloureuse disparaissait en partie par le repos au lit ; mais peu à peu elle est descendue dans le scrotum. A cette époque on lui a fait une ponction qui ne paraît pas.

Aujourd'hui existence d'un gonflement notable du scrotum composé de deux parties : l'une qui occupe la plus grande partie du canal inguinal et qui fait saillie dans le scrotum en forme de boudin très tendu, rénitent, irréductible, sans impulsion par la toux, indolent.

La partie inférieure de ce boudin semble plonger dans une deuxième collection mollassse plus fluctuante.

Le testicule est en arrière et à la partie inférieure.

Le tout est d'une transparence égale.

23 janvier. — Ponction de l'hydrocèle enkystée du cordon. Issue de 20 grammes d'un liquide citrin.

L'hydrocèle enkystée du cordon disparaît peu à peu.

6 février. — Aujourd'hui on ne constate plus qu'un petit noyau induré.

L'hydrocèle vaginale s'est également modifiée.

8 février. — Le malade a quitté l'hôpital à peu près guéri.

OBSERVATION IV

Thèse de Labat de Lambert, 1889, n° 348.

De la cure radicale de l'hydrocèle vaginale simple par les injections d'acide phénique pur.

Nous lisons page 37, l'observation personnelle suivante.

Hydrocèle vaginale gauche. Ponction et injection d'acide phénique pur. Guérison. Kyste de l'épididyme des deux côtés.

K... Jean, 47 ans. Entre le 13 février 1888, dans le service du Dr Monod. Pas d'antécédents tuberculeux ni alcooliques.

Hydrocèle volumineuse à gauche datant d'un an. Transparence normale. Testicule paraît normal. Epididyme bosselé? pas douloureux.

15 février 1888. — Ponction de l'hydrocèle, 500 grammes de liquide séreux, traité par l'injection de 3 grammes d'acide phénique pur. Le malade sort le 17 février.

Le 1^{er} juillet 1889. — Revu le malade, l'examen pratiqué à ce moment nous révèle ce qui suit: du côté gauche, épидидyme gros, bosselé.

On pense à des kystes de l'épididyme ou à des inégalités de la vaginale. Même état du côté droit, compliqué d'un léger degré d'hydrocèle. Ponction de ce côté donnant issue à 60 grammes de liquide. Petit kyste coiffant pour ainsi dire le testicule; ponction de ce kyste: d'où un liquide blanc séreux est retiré. Au microscope on y trouve des spermatozoïdes, en petit nombre, comme cela a lieu en pareil cas.

Série de petits kystes épидидymaires à gauche, ponctions successives.

Le premier kyste contient 100 grammes d'un liquide blanc jaunâtre à spermatozoïdes.

Le deuxième kyste, situé au-dessus de ce dernier, contient tout près de 50 grammes d'un liquide blanchâtre; des recherches prolongées ne révèlent pas traces d'animalcules spermatiques?

Le troisième kyste, surmontant celui-là, contient une faible quantité de liquide.

Après l'évacuation de ces trois kystes, on sent manifestement la glande séminale.

Remarques. — Chez ce malade, l'hydrocèle gauche était à coup sûr symptomatique de kystes épидидymaires au début.

OBSERVATION V

Du D^r A. Desprès, in thèse Deladrière, Paris, 1879, n^o 510, page 57.

Homme de 50 ans. Début de l'affection il y a deux mois. Hydrocèle enkystée de l'épididyme et hydrocèle vaginale.

Ponction et injection iodée : 1^o dans l'hydrocèle enkystée ; 2^o dans l'hydrocèle vaginale.

Un mois après nouvelles ponctions et injection iodée.

Guérison définitive.

OBSERVATION VI

In thèse Deladrière, page 55.

Homme de 55 ans, entré le 30 décembre 1854, dans le service de M. le professeur Velpeau.

Affection des bourses depuis 15 ans.

Il y a un mois on opère une hydrocèle vaginale : aujourd'hui on note en outre un kyste dépendant du cordon et un kyste dépendant de l'épididyme. Ponction simple qui donne issue à un liquide limpide, transparent, citrin.

OBSERVATION VII

Kyste spermatique de l'épididyme. — Hydrocèle concomitante.
In thèse Deladrière, page 61.

Homme de 55 ans, entre dans le service de M. le professeur Velpeau en 1863.

La tumeur est apparue il y a quatre mois. Depuis un mois le malade fatigue beaucoup et sa tumeur a beaucoup augmenté de volume. Ponction : 1° de l'hydrocèle ; 2° du kyste.

Guérison.

OBSERVATION VIII

Velpeau. *Moniteur des Hôpitaux*, année 1853.

Dans le scrotum à droite on note une hématocele et une hydrocèle placées dans des loges parfaitement distinctes.

A gauche une hydrocèle de la tunique vaginale et un kyste spermatique contenant deux cuillerées à peu près d'un liquide lactescent.

OBSERVATION IX

M. le professeur Tillaux, in thèse Hue, page 22.

Malade médecin. — Tumeur ayant toutes les apparences d'une hydrocèle gauche en bissac partout transparente, on ne sentait pas le testicule isolé.

Ponction.

Il sort 60 grammes environ de liquide lactescent, la loge inférieure du bissac entoure le testicule et reste pleine.

Il y avait eu un traumatisme un an auparavant.

OBSERVATION X

Ibidem. — Hématocèle gauche consécutive à une hydrocèle ou kyste du cordon.

Homme de 46 ans.

Affection datant de huit ans. Blennorrhagie 20 ans avant, pas d'orchite, pas de traumatisme.

Le testicule au début était distinct de la tumeur.

Etat actuel. — La partie supérieure de la tumeur est fluctuante, dépressible, la partie inférieure est dure, sensible comme le testicule.

Ponction qui donne un liquide laiteux, la partie inférieure des tumeurs persiste. Castration, il s'agissait d'une hématocèle avec kyste spermatique.

OBSERVATION XI

Thèse de Bricard 1877. Hydrocèle spermatique.

Homme de 68 ans. Affection datant de 4 ans, après un effort. Douleurs testiculaires et tumeur. Ponction il y a un an: Récidive.

En 1875 nouvelle ponction, liquide laiteux, la tumeur est vidée à moitié. Quinze jours après ponction totale.

Du côté opposé, c'est-à-dire à droite, hydrocèle et kyste épидidymique.

OBSERVATION XII

Thèse de Deladrière, page 62.

L..., 54 ans, service de M. Benj. Anger. Hôpital Saint-Antoine, 1875.

Tumeur dans la bourse droite qu'il porte depuis plusieurs années.

Il y a trois mois, à la suite d'efforts musculaires, cette tumeur a tellement augmenté qu'il se décide à réclamer le secours de la chirurgie.

Ponction de l'hydrocèle d'abord, du kyste ensuite. Un stylet chargé de nitrate d'argent fondu fut introduit dans la canule du trocart qui fut alors retirée et la cautérisation fut pratiquée, d'abord dans le kyste, ensuite dans la tunique vaginale.

Quinze jours après le malade sortait guéri.

CONCLUSIONS

Les recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont montré que la coïncidence des kystes de l'épididyme et de l'hydrocèle, fait sur lequel un des premiers, le professeur Duplay a attiré l'attention, n'est pas une rareté clinique.

La pathogénie nous paraît pouvoir être interprétée de plusieurs façons : tantôt il y a irritation de la vaginale par le fait du voisinage du kyste épидидymaire ; tantôt il y a malformation et de la tunique vaginale et de la séreuse épидидymaire, tantôt il y a compression des veines du cordon, d'où hydrocèle par stase sanguine.

La symptomatologie du kyste épидидymaire et de l'hydrocèle concomitante ne présente de spécial que la double fluctuation et la transformation possible des deux épanchements séreux en hématocèles.

Le traitement de préférence doit être l'injection iodée par le procédé du double trocart comme l'emploie le professeur Duplay. Il est parfois nécessaire de le répéter plusieurs fois.

Enfin l'incision franche peut être employée quand les parois de la vaginale et celles du kyste présentent une épaisseur qui les empêche de s'accoller après l'irritation iodée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Gosselin. — Archives générales de médecine, 1848, tome 16.
Des grands kystes et testicule.
- Sédillot. — Académie des sciences, 31 juin 1853.
- Marçé. — Thèse Doctorat. Hydrocèle enkystée spermatique, 1856.
- Verneuil. — Soc. chir., avril 1858.
- Bœckel. — Gaz. des Hôpit., Strasbourg, 1863, p. 518.
- Thinus. — Th. Strasbourg, 1865. De l'hydrocèle spermatique.
- Dolbeau. — Gaz. hebdomadaire, Paris, 1862, p. 292.
- P. Broca. — Traité des tumeurs, tome 2, 1864.
- Velpeau. — Gaz. des Hôpitaux, 1869, p. 322.
- A. Desprès. — Diagnostic des tumeurs, Thèse de Paris, 1861.
- Delahaye. — Th. Paris, 1877.
- Hue. — Thèse Paris, 1873.
- Delathe. — Th. Paris, 1882.
- Villegente. — Th. Paris, 1874. Des kystes spermatiques.
- Bricard. — Th. Paris, 1877. Des kystes spermatiques.
- Liston. — Médico-chirurgical transaction, tome 26, p. 216.
- Lloyd. — Médico-chirurgical transaction, tome 26, p. 216.
- James Paget. — Med. chirurg. transactions, tome 27, p. 404.
- Surgical pathology, tome 11, p. 52.
- Curling. — Traité des maladies de testicule, p. 177. Traduction par Gosselin.
- Deladrière. — Thèse Paris, 1879. — Hydrocèle enkystée au-dessus de la vaginale.
- Follin et Duplay. — Tome 7.

Bardot. — Pathogénie des kystes spermatiques, thèse Nancy, 1887, n° 262.

Vautrin. — Pathogénie des kystes spermatiques. Rev. de chirurgie, 1889, p. 4.

Hœchenegg. — Wiener med. Jahrbuch, 1885, p. 189.

De Biran. — Grands kystes de l'épididyme. Th. Paris, 1887.

Labat de Lambert. — Thèse Paris, 1889. Traitement de l'hydrocèle par l'incision.

Monod et Terrillon. — Maladie des testicules.

P. Reclus in Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, tome 8.

Duplay. — Clinique de la Charité, Bulletin médical, 17 mai 1891.

Panas. — Archives générales de médecine, 1872, p. 85.

Lannelongue. — Société chirurgie, 16 juillet 1873.

Vu : le Président de la thèse,

DUPLAY

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Etiologie et Pathogénie.....	7
Etude clinique.....	17
Traitement.....	26
Observations.....	35
Conclusions.....	45
Index Bibliographique.....	46

